UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 23

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

La Reprise de l'Alimentation après la Phase aiguë

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Janvier 1912

PAR

Ernest MATET

Né à Belmont (Aveyron), le 3 janvier 1886
Ex-Interne des Hôpitaux de Nimes (Concours 1909)
Ancien répétiteur du Cours d'Accouchements à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

BAUMEL, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
LEENHARDT Agrégé,

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

La Reprise de l'Alimentation après la Phase aiguë

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 23**

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

La Reprise de l'Alimentation après la Phase aiguë

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Janvier 1912

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Ernest MATET

Né à Belmont (Aveyron), le 3 janvier 1886
Ex-Interne des Hôpitaux de Nimes (Concours 1909)
Ancien répétiteur du Cours d'Accouchements à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	BAUMEL, Professeur, *Président.*	
	DUCAMP, Professeur	*Assesseurs*
	LAGRIFFOUL, Agrégé	
	LEENHARDT Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N.....
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, *Président.*	MM. LAGRIFFOUL, *Agrégé.*
DUCAMP, *Professeur.*	LEENHARDT, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A CEUX QUI ME SONT CHERS

E. MATET.

Nous remercions vivement M. le professeur Baumel d'avoir accepté la présidence de notre jury de thèse, M. le professeur Ducamp et MM. les professeurs agrégés Lagriffoul et Leenhardt d'avoir bien voulu en faire partie.

M. le Dr Gaujoux, ancien chef de clinique, nous a donné pour notre travail des idées nombreuses et des renseignements pratiques, nous lui en sommes très reconnaissant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

La Reprise de l'Alimentation après la Phase aiguë

INTRODUCTION

Le traitement des gastro-entérites infantiles a fait au cours de ces dernières années, l'objet de nombreuses études ; des acquisitions importantes ont été réalisées et certains principes paraissent définitivement établis. Les médicaments dont on usait largement et qui agissaient surtout sur les symptômes n'occupent plus qu'une place secondaire.

Le régime, au contraire, est devenu le principal agent thérapeutique ; c'est en surveillant et en modifiant à propos l'alimentation que l'on peut agir sur la cause même de la maladie.

Au moment des graves accidents de la phase aiguë, alors que le tube digestif envahi par une flore micro-

bienne anormale et lésé par les toxines est incapable d'assimiler les aliments les plus simples, presque tous les auteurs sont d'avis d'instituer la diète hydrique. Celle-ci laisse au repos un organe malade, elle enlève aux nombreux microorganismes étrangers le milieu de culture qui leur est nécessaire pour se développer et par cela même diminue la quantité des produits de putréfaction des ferments protéolytiques. Elle n'est évidemment que provisoire et théoriquement l'on doit, dès son but atteint, réalimenter l'enfant sous peine de le voir dépérir. Pratiquement le problème est délicat de connaître le moment où l'alimentation doit être reprise et de déterminer la façon dont elle doit l'être ; bien souvent de nombreuses tentatives aboutissent toutes à un échec.

Nous avons voulu approfondir cette partie du traitement, non pour donner une règle de conduite, ce qui est malheureusement impossible, mais pour faire remarquer que le médecin a actuellement de nombreux moyens de transition entre l'eau bouillie et l'alimentation normale. Ces moyens ont le double avantage : tout d'abord de ne pas entraîner de troubles trop sérieux, même appliqués un peu prématurément ; en second lieu d'habituer progressivement le tube digestif à supporter et à assimiler le lait, s'il s'agit d'un nourrisson, l'alimentation rationnelle de son âge si nous avons affaire à un enfant sevré.

Nous prenons donc, soit une gastro-entérite aiguë (1)

---

(1) Par gastro-entérite aiguë, on entendait il y a peu de temps toute affection où les troubles digestifs prédominaient, se traduisant surtout par des vomissements et de la diarrhée. Ce groupe a été démembré, en particulier par Lesage, qui en

au moment où les graves accidents de la période d'état commencent à s'amender, soit une gastro-entérite chronique après une de ces nombreuses poussées aiguës qu'elles nous présentent.

En un premier chapitre nous indiquerons les accidents que la reprise de l'alimentation faite mal à propos occasionnera, et nous en chercherons la cause.

Nous nous demanderons ensuite quel est le moment où l'alimentation peut être reprise et comment nous pourrons le reconnaître.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude détaillée des divers régimes de transition.

Enfin nous synthétiserons les diverses combinaisons qu'on peut faire de ces régimes suivant les indications.

---

a retiré un grand nombre de septicémies. Pour notre travail, laissant de côté toute considération étiologique, nous nous occuperons surtout des affections que l'on appelle communément gastro-entérite fébrile et choléra infantile ou maladie d'été. Il est certain cependant que les septicémies s'accompagnant de troubles digestifs graves nécessiteront beaucoup de précaution pour la reprise de l'alimentation et que beaucoup de nos données peuvent leur être appliquées.

CHAPITRE PREMIER

LES ACCIDENTS DE LA REPRISE DE L'ALIMENTATION EXISTENT. COMMENT PEUT-ON LES EXPLIQUER ?

Nombreux sont les cas, avons-nous dit, où les premiers essais de réalimentation après la phase aiguë des gastro-entérites entraînent chez le petit malade des troubles sérieux. Ces troubles sont, à proprement parler, une recrudescence, une exagération des symptômes de la maladie une première fois calmés.

Du côté du tube digestif nous observons en général, quoique non constamment, des vomissements; ceux-ci sont alimentaires, quelquefois bilieux; si nous avons donné du lait, il est rendu caillé.

La diarrhée augmente ou réapparaît : les selles sont nombreuses, liquides, vertes, avec des grumeaux dans le cas d'alimentation lactée; elles deviennent fétides, mousseuses, quelquefois décolorées.

La langue est sale, tend à se sécher et peut se recouvrir de muguet.

L'abdomen tympanisé est douloureux à la pression.

L'état général s'aggrave lui aussi : la fièvre reprend assez élevée, si l'enfant encore vigoureux peut réagir ; s'il est faible, la température s'élève peu et nous pouvons même observer de l'hypothermie. Le petit malade a une soif ardente ; il crie et paraît souffrir de coliques. Rapidement, si les phénomènes ne s'amendent pas, il perd de son poids ; puis il se cachectise, ses traits sont tirés, ses yeux excavés, sa peau se dessèche et conserve le pli qu'on y fait en la pinçant. La mort ne tarde pas à survenir.

Quelle est la cause de ces troubles ?

On pourrait tout d'abord les expliquer par une infection surajoutée : les aliments que nous avons donnés à notre malade contenaient des germes morbides ; ils ont réensemencé le tube digestif de microorganismes qui agissent par leur présence et par leurs toxines.

Que ce facteur entre en ligne de compte, cela ne nous paraît pas impossible, mais l'infection ne peut nous expliquer à elle seule la rapidité, la soudaineté des symptômes que nous observons en général ; aux microbes venus du dehors, il faudrait un certain laps de temps pour se multiplier et les troubles digestifs et généraux croîtraient peu à peu au lieu d'éclater sur-le-champ. Très souvent, d'ailleurs, l'alimentation a été surveillée et on a donné du lait stérilisé. Il est certain que celui-ci peut contenir des toxines (Marfan) et que certains auteurs (Jemma et Figari, *Clinica moderna*, 1901) concluent à la nocuité des bacilles morts, coli et protéolytiques en particulier, dans le lait stérilisé.

Nous ne croyons cependant pas que, dans la plupart des cas, ils puissent avoir une action si importante.

Au lieu de chercher une cause exogène, on admet en général, actuellement, que l'aggravation de la maladie est due à une action endogène, à une auto-intoxication d'origine intestinale.

Connue depuis longtemps (Senator, 1868 ; Bouchard, 1883) l'auto-intoxication intestinale a été surtout mise en lumière par les travaux de Combe. Ces travaux, à vrai dire, visent plus particulièrement l'empoisonnement lent, chronique des dyspeptiques, des dilatés ; le même mécanisme exagéré peut cependant nous expliquer les troubles aigus que nous étudions ici.

Normalement, il se produit au cours de la digestion, sous l'influence des diastases et des microbes, hôtes habituels de l'intestin, des produits toxiques. La muqueuse intestinale saine oppose à une grande quantité d'entre eux une barrière qu'ils ne peuvent franchir, et ils sont rejetés avec les fèces. Ceux qui sont absorbés passent tout d'abord dans le système porte et dans le foie, et l'on connaît la valeur antitoxique de cet organe. Une fois versés dans la circulation générale ils arrivent aux glandes à sécrétion interne qui peuvent en détruire un grand nombre ; enfin les émonctoires naturels, rein et peau, sont destinés à éliminer ceux qui n'auraient pas été détruits.

L'auto-intoxication apparaîtra en ces deux conditions : 1° augmentation de la quantité des produits toxiques ; 2° diminution de la valeur physiologique des organes antitoxiques.

Que se passe-t-il à la fin de la période aiguë des gastro-entérites ? La diète hydrique a grandement amélioré la flore intestinale ; beaucoup de microorganismes

privés de leur bouillon de culture habituel ont dégénéré et perdu de leur virulence ; la diarrhée en a expulsé un grand nombre. Nous ne pouvons malheureusement pas continuer ce traitement assez longtemps pour aseptiser l'intestin ; les premiers aliments introduits apporteront aux microbes des principes utilisables. Si nous donnons, en particulier, des aliments azotés, les protéolytiques reprendront leur virulence, nous aurons de nouvelles fermentations, une véritable putréfaction à l'intérieur de l'intestin, qui se traduira par les produits de déchet habituels : indol, scatol, phénols dans les selles, sulfo-éthers dans les urines. Nous voyons donc qu'une tentative d'alimentation faite trop tôt, alors que l'intestin est trop septique, et surtout mal combinée, c'est-à-dire donnant un milieu de culture aux germes les plus dangereux augmentera la production des toxines.

D'un autre côté examinons à la nouvelle période l'état des organes qui auront à lutter contre ces produits.

La muqueuse intestinale, qui est la première barrière qu'ils rencontreront, nous apparaît à simple vue congestionnée, présentant quelquefois un piqueté hémorragique. Au microscope, nous voyons l'épithélium desquamer; certaines cellules peuvent être nécrosées ou avoir subi la dégénérescence muqueuse (Heubner). Les cellules des glandes sont tuméfiées, en dégénérescence vitreuse ou muqueuse (Baginski).

Les villosités, les espaces interglandulaires, la musculaire muqueuse sont infiltrés par des leucocytes. Souvent la paroi contient des microbes, abondants à la surface, en nid, dans des zones d'œdème plus profondément.

Le foie organe antitoxique de deuxième ligne est altéré (Pilliet-Lesage, Terrien, Merklen). On y observe une stase sanguine dans les veines et dans les réseaux

intralobulaires qui arrivent à déchiqueter les travées des cellules ; celles-ci sont comprimées et déformées.

Le rein, enfin, l'émonctoire principal, est souvent congestionné.

De tout ce qui précède, on peut conclure facilement : les premiers aliments introduits sont utilisés aussitôt par une flore intestinale encore anormale, qui prospérant fabrique très rapidement des produits toxiques. D'autre part, les organes antitoxiques sont amoindris et les émonctoires fonctionnent mal. Il y aura donc accumulation des poisons dans l'organisme et auto-intoxication.

Cette théorie suffit à expliquer les troubles de la reprise de l'alimentation. Depuis les travaux de Richet, cependant, certains auteurs pensent qu'il est des cas où l'on se trouve en présence de phénomènes d'anaphylaxie : la première atteinte a prédisposé l'organisme à de nouveaux troubles qui seront très intenses même avec une très petite quantité d'aliments.

Hutinel et Thiercelin (Nouveau Traité de médecine) pensent à la présence d'anticorps, quelquefois spécifiques pour un aliment donné ; ceci nous expliquerait les cas d'intolérance pour un seul aliment (lait en particulier).

CHAPITRE II

A QUEL MOMENT FAUT-IL REPRENDRE L'ALIMENTATION ?

Il résulte de ce que nous avons dit au sujet des accidents causés par la reprise de l'alimentation, que nous devrions théoriquement faire manger notre malade lorsque les germes anormaux de l'intestin auraient été chassés et que la muqueuse intestinale, mise au repos, serait capable de reprendre ses fonctions physiologiques. En pratique on devra très souvent se contenter d'une amélioration relative, quitte à redoubler de vigilance dans le choix des aliments.

La clinique d'ailleurs ne nous donne que des renseignements très vagues pour connaître le moment où il faut alimenter. C'est au début, quand on institue la diète hydrique, que l'on détermine approximativement le temps qu'elle durera, et, suivant la gravité des symptômes, on met l'enfant à l'eau bouillie pour 12, 24, 48 heures. Ce laps de temps écoulé, nous ne pouvons nous baser, pour

savoir si notre but est atteint, que sur l'amélioration apparente de notre malade.

Du côté du tube digestif nous observerons si les vomissements ont cessé, si les selles, devenues de moins en moins nombreuses, ont perdu leur coloration vert-épinard, leur odeur nauséabonde.

Nous remarquerons si l'état général est sensiblement amélioré, si la température est tombée et se maintient entre 37° et 38°, si le faciès de l'enfant est meilleur, si ses cris et son agitation ont cessé.

Dans ces cas-là nous pourrons admettre que la phase aiguë de la maladie a cessé, que l'intoxication du petit malade a diminué, que son tube digestif pourra tolérer les aliments.

Plusieurs auteurs ont essayé de suppléer au peu de précision des données de la clinique par des recherches de laboratoire : ils ont pensé que l'étude des selles pourrait renseigner sur l'état de l'intestin. Nous citerons, en particulier, les travaux de Triboulet (Société de pédiatrie, Soc. de biologie, Soc. méd. des Hôpitaux, 1909, 1910, 1911), parce que sa technique assez simple met ses expériences à la portée de tous les praticiens.

On peut déterminer l'état physiologique de l'intestin en traitant les selles par le sublimé acétique (eau dist. 100, sublimé 3 gr. 50, acide acétique 1 cc.).

A 1 cc. de selle environ, délayée dans 12 à 15 cc. d'eau, on ajoute X gouttes de la solution de sublimé acétique. Après repos, il se produit dans le tube : 1° un changement de coloration ; 2° une précipitation.

La coloration présente une série de teintes qu'on peut ranger en deux groupes : jaune verdâtre et rosé ; elle est due à l'action du sublimé acétique sur les pigments biliaires.

Le pigment biliaire est déversé dans l'intestin sous forme de bilirubine. Jusqu'à l'âge de 3 ou 4 mois, il est expulsé en cet état, puis peu à peu et par l'action de la muqueuse intestinale, la bilirubine se transforme en stercobiline. Or le sublimé acétique donne une teinte jaune verdâtre avec la bilirubine, rosée avec la stercobiline ; avec un mélange de bilirubine et de stercobiline, ce qui a lieu normalement à l'âge de 3 ou 4 mois, alors que la transformation est incomplète, nous aurons une teinte rouillée.

Comment pouvons-nous interpréter ces faits lors des gastro-entérites ? Tout d'abord une selle qui demeurerait incolore ne contiendrait pas de pigments biliaires par suite d'une lésion considérable du foie ou de ses canaux. Une coloration jaune-verdâtre chez un enfant de plus de 4 mois signifiera que la sécrétion biliaire est normale, mais que la muqueuse intestinale atteinte dans son fonctionnement physiologique ne peut intervenir pour changer la bilirubine en stercobiline ; enfin la teinte rosée supposera la présence de stercobiline, par suite une intervention normale de la muqueuse.

En ce qui concerne la précipitation, Triboulet a empiriquement reconnu que les sujets à fonctionnement intestinal normal donnaient un liquide louche au-dessus du dépôt de fond dans le tube à essai, et que l'intestin malade fournissait un liquide clair. Normalement il n'y a pas d'amas à la partie supérieure du liquide ; s'il se produit, il est formé soit de mucus (catarrhe intestinal), soit de graisse non digére.

Ces expériences sur lesquelles nous nous sommes un peu longuement étendu n'ont évidemment pas une valeur absolue dans tous les cas ; elle peuvent cependant aider le médecin lorsqu'il est hésitant.

CHAPITRE III

COMMENT FAUT-IL REPRENDRE L'ALIMENTATION ?

Les premiers aliments donnés après la diète hydrique devront être assez peu abondants pour que le travail de la digestion puisse se faire sans une trop grande fatigue de l'intestin ; ils devront être assez simples pour être assimilés facilement et sans laisser de résidus malgré l'infériorité des glandes intestinales ; enfin ils devront être d'une composition chimique telle, qu'ils soient peu putrescibles, afin d'éviter les fermentations intestinales.

Les hydrocarbones sont considérés actuellement comme ayant au plus haut degré ces dernières qualités ; nous les choisirons donc comme premiers aliments de la reprise. Nous en donnerons de très simples au début ; ensuite, si nous avons affaire à un enfant déjà sevré, nous augmenterons leur quantité et nous en donne-

rons de plus en plus nutritifs. Si notre malade est un nourrisson, notre but sera de le ramener au lait et différentes modifications de ce lait nous aideront à le faire tolérer plus facilement.

Nous allons donc étudier successivement et d'une façon tout à fait analytique, d'abord les hydrocarbones, en second lieu les laits modifiés.

1° Les hydrocarbones

Parmi les substances ternaires employées à la fin des gastro-entérites, on doit citer surtout les amylacés. Leur utilisation dans la thérapeutique infantile remonte, dit-on, très loin, cependant en temps que règle générale elle n'existe guère que depuis les travaux de Heubner.

Avant lui, en effet, Zweifel pensait que les jeunes enfants n'avaient pas de diastase saccharifiante et par suite ne pouvaient utiliser les féculents.

Heubner, chez un enfant de 7 mois qui présentait des troubles digestifs aigus, fit absorber en 24 heures 30 gr. de farine de riz par prise de 3 gr. Le tout fut parfaitement assimilé et les troubles cessèrent. L'auteur attribuait ce bon résultat à ce fait que les féculents étant en partie digérés par la diastase salivaire, la muqueuse intestinale n'avait plus qu'un rôle d'absorption et se reposait.

Combe reprit ces travaux ; nous y avons largement puisé à notre chapitre de Pathogénie. Il conclut qu'il fallait diminuer les aliments azotés et saturer l'intestin d'hydrocarbures non putrescibles. Le résultat se manifeste par une diminution des produits de fermentation

intestinale (sulfo-éthers dans les urines — indol, scatol).

Hirschler prit deux chiens et donna à chacun d'eux 250 gr. de viande ; l'un d'entre eux seul reçut 250 gr. de féculents. Dans les fèces de celui-ci on ne trouva pas les corps chimiques caractérisant la putréfaction des albuminoïdes, très abondants chez l'autre.

Winternitz pensait que les féculents servent de milieu de culture aux microbes acidifiants qui placés dans de bonnes conditions empêchent, par production d'acide lactique, succinique, la prolifération des protéolytiques.

Gorter de Leyde, étudiant l'indoxylurie en pathologie infantile, conclut qu'elle ne se montre qu'en cas de putréfaction avancée. Partant de ces données, il établit qu'en cas de gastro-entérite on diminue cette putréfaction rapidement par la suppression d'aliments alors qu'elle réapparaît très intense après ingestion de un quart de litre de lait. Enfin il reconnaît que dans les jours suivant la diète hydrique on obtient les meilleurs résultats au point de vue de l'indoxylurie en s'adressant à une alimentation riche en hydrates de carbone (Arch. méd. Enfants, 1908).

Décoctions végétales. — Les hydrocarbones les plus simples, que l'on doit par suite administrer au début, sont les décoctions végétales.

Méry fut le premier qui en 1903 donna une formule de bouillon de légumes.

Il prescrit :

Pommes de terre.....	65 gr.
Carottes.....	45 gr.
Navets.....	15 gr.
Haricots secs.....	5 gr.
Pois secs.....	5 gr.

Faire bouillir les légumes pendant 4 heures dans un litre d'eau ; filtrer et compléter le litre avec de l'eau bouillie ; ajouter 5 gr. de sel.

Donné tel que au début pendant 4 ou 5 jours, il sert ensuite à préparer des bouillies de farine de riz. La farine est diluée dans une partie du bouillon, à froid, on a soin d'écraser les petites agglutinations qui peuvent se produire. Graduellement on ajoute le bouillon chaud et on fait cuire pendant 15 minutes.

Au-dessus de 6 mois, on met une cuillerée à café de farine pour 100 gr. de bouillon ; pour les enfants plus jeunes on met seulement une demi-cuillerée.

De cette bouillie on donne 7 à 8 tetées de 50 à 150 gr. chacune dans les 24 heures.

L'alimentation lactée est reprise progressivement. On coupe le lait avec du bouillon de légumes en proportions de plus en plus faibles ; plus tard on alterne les tetées de lait coupé d'eau bouillie avec celles constituées de bouillie seule ; enfin on remplace progressivement le bouillon par de l'eau.

Comby préfère un bouillon composée de céréales et de légumineuses.

Il formule :

Blé.....	*ââ* 30 gr. ou une cuillerée à soupe de chaque
Orge perlé.....	
Maïs concassé.....	
Haricots blancs secs....	
Pois secs.....	
Lentilles.....	

Faire bouillir pendant 3 heures dans 3 litres d'eau. Ajouter à la fin de la cuisson 5 gr. de sel de cuisine.

Filtrer ensuite ; il reste environ un litre. L'enfant peut prendre une petite décoction toutes les 2 à 3 heures ; ou bien on fait des bouillies avec une cuillerée à café ou à soupe de farines de blé, orge, riz pour 200 à 300 gr. de décoction.

Les légumes décortiqués donnent une proportion beaucoup plus grande de principes nutritifs.

Variot pense que les bouillons ainsi préparés ne sont pas assez nourrissants ; il conseille le bouillon de riz fait avec 50 gr. (2 cuillerées à soupe) de riz cuit pendant une heure dans un litre d'eau. Il se produit une sorte de bouillie que l'on donne telle quelle tout d'abord. Au bout de quelques jours, si l'état des selles le permet, on ajoute prudemment du lait stérilisé et l'on revient graduellement à l'alimentation ordinaire.

« La décoction végétale, dit Comby, possède sur les fermentations de l'intestin au cours des gastro-entérites aiguës ou chroniques un pouvoir antiputride. Elle a un pouvoir de réhydratation important chez les enfants qui ont subi des pertes aqueuses considérables. Par ses sels, ses albumines végétales et surtout ses matières hydrocarbonées, elle possède une grande valeur nutritive. Elle est indiquée dans la gastro-entérite aiguë infantile et dans les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques. Son emploi n'est que provisoire. »

Les avantages des décoctions végétales sont donc nombreux. Un de leurs inconvénients est le développement possible d'œdèmes partiels ou généralisés. Ces œdèmes sont dus, croit-on actuellement, à leur teneur en sel (théories de Widal et Achard). Ils n'ont aucune gravité et disparaissent dès qu'on diminue le sel ou qu'on le supprime.

Bouillies maltosées. — Les bouillies maltosées permettent de donner des féculents d'une composition beaucoup plus complexe que les principes dissous dans les bouillons que nous venons d'étudier, et de les faire tolérer en leur faisant subir une digestion préalable. Elles ont été imaginées par les médecins allemands (Czerny, Keller, Gregor, 1898).

La salive et le suc pancréatique renferment une diastase qui liquéfie l'amidon et le saccharifie (transformation en glucose et maltose) ; cette diastase se rencontre également dans les graines d'orge germé (malt).

La liquéfaction et la saccharification sont deux propriétés absolument indépendantes ; on obtient la première si l'on fait agir le malt à une température relativement élevée, la seconde à une température basse.

Théoriquement il semblerait que plus les modifications sont avancées et plus les produits se rapprochent du terme ultime de la digestion, plus l'assimilation doit être facile à l'intérieur du tube digestif. Aussi les premières soupes de malt (Keller, Sevestre) tendaient à obtenir une saccharification maxima et négligeaient totalement la liquéfaction. Terrien en des études précises montra que très souvent ces soupes donnaient de la diarrhée par la quantité de sucres (glucose et maltose) qu'elles contenaient. Les sucres, en effet, introduits dans le tube digestif, ont un effet laxatif ; celui-ci est d'autant plus actif qu'ils sont plus différenciés : lactose plus que saccharose, maltose et glucose plus que lactose.

Keller le premier indiqua une soupe qui comprenait 1/3 de litre de lait de vache, 2/3 d'eau tiède et 50 gr. de farine ; on faisait cuire et l'extrait de malt était ajouté à température voisine de l'ébullition. La quantité de malt qu'on était obligé d'y ajouter était considérable et pou-

vait être nuisible s'il n'était pas de bonne qualité. Aussi Keller se servait toujours du même produit, soigneusement préparé.

Sevestre employait 1/3 de litre de lait, 2/3 de litre d'eau, 120 gr. de farine et 25 gr. de sucre. En faisant agir l'extrait de malt à une température relativement basse, il put en diminuer la quantité, de façon à en employer 5 gr. environ.

Terrien donna une formule qui a le gros avantage de fournir des produits seulement liquéfiés et toujours identiqués. Elle est la plus communément employée.

On prépare tout d'abord une infusion de malt : 20 gr. dans 150, maintenu à 60° pendant une demi-henre.

D'autre part dans un mélange de 1/3 de litre de lait et 2/3 d'eau, on brasse 70 à 80 gr. de farine de riz. On fait cuire doucement, en agitant pour éviter la formation de grumeaux, jusqu'à consistance épaisse. On retire du feu et lorsque la température est à 80° on ajoute l'infusion de malt ; cette température est maintenue pendant 10 minutes. A ce moment la liquéfaction est complète : on fait bouillir à nouveau pour détruire la diastase et on ajoute le sucre.

« Cette bouillie, dit Terrien, de valeur alimentaire à peu près identique à celle du lait, se donnera aux mêmes doses ou même en quantités un peu supérieures..... On la donnera d'une manière exclusive pendant les premiers jours ou les premières semaines, lorsqu'on voudra remédier aux troubles digestifs ; lorsque, au contraire, on voudra en continuer l'usage plus longtemps, il y aura intérêt à établir une sorte de régime mixte constitué partie par cette bouillie et partie par du lait ou des bouillies ordinaires suivant l'âge de l'enfant. Dans tous les cas, le changement de régime ne devra être que progressif ;

qu'il s'agisse de recourir à la bouillie maltosée ou qu'on veuille la supprimer, cette substitution ne devra toujours être que graduelle. L'emploi de la bouillie lactosée doit faire suite au bouillon de légumes ; lorsque celui-ci a été donné quelques jours, on remplace chaque jour un biberon de bouillon de légumes par un biberon de bouillie diastasée ; et quand plus tard on voudra revenir au régime du lait, on usera des mêmes précautions de manière à n'abandonner la bouillie diastasée que peu à peu. »

La soupe de Terrien réunit donc de grands avantages ; un seul inconvénient est dans certains milieux l'infusion de malt. Celui-ci, dit Terrien, doit être toujours de même provenance et très frais ; il se servait lui-même du malt d'Aurec.

Là où l'on ne pourra se procurer du malt sur lequel on puisse compter, il y aurait peut-être lieu de revenir aux extraits de malt pourvu qu'on les sache bien titrés et se conservant bien.

Un produit français, la Maltea Moser, directement preparé en vue de la thérapeutique, peut être avantageusement utilisé. Donnée tout d'abord au moment des repas soit lors du sevrage, soit chez des enfants dyspeptiques (en particulier aux consultations Budin de la Goutte de Lait de Lyon), elle a servi au docteur Jarricot, chef du laboratoire de clinique d'accouchements à la Faculté de Lyon, à préparer des bouillies maltosées « toujours avec un heureux résultat au point de vue de l'appétit et des forces et de l'amélioration des fonctions intestinales ». On préparera donc une bouillie identitique à celle de Terrien et on la liquéfiera à 80° par l'addition de 10 gr. de Maltea Moser ; cette dose correspond à l'infusion de malt de Terrien, comme teneur

en diastase. Il faudra employer de préférence la forme cristallisée en raison de sa très longue conservation. Nous nous sommes permis d'indiquer cette simplification des bouillies de malt, persuadé qu'elle peut rendre de grands services.

Régime des féculents. — Chez les enfants sevrés on continuera graduellement l'alimentation par un régime de féculents. Nous nous bornons à citer ceux qu'on peut employer à ce moment-là pour ne pas nous éloigner de notre sujet.

Certains parmi eux sont liquides ; le café Kneipp, le cacao à l'avoine, les bouillons de farines lactées, de semoule, de tapioca.

Comme farineux préparés sous forme solide, nous pourrons donner certaines pâtes alimentaires sans œufs cuites à l'eau salée pendant une demi-heure, au moment de les faire consommer on peut y ajouter du beurre ; des puddings à la semoule, au riz; des purées de légumes secs, de pommes de terre, etc.

2° Les laits modifiés et les dérivés du lait

Chez le nourrisson nous devrons tâcher de reprendre l'alimentation lactée, et il est de toute nécessité, si l'on ne veut pas courir à son échec, de la reprendre progressivement.

En étudiant les bouillons de légumes et les bouillies maltées, nous avons vu qu'on pouvait y arriver en alternant peu à peu les tetées de ces préparations et les tetées de lait coupé. Un autre moyen consiste dans

l'emploi de certains laits modifiés et de certains dérivés du lait.

La présence d'acide lactique ou de bacilles lactiques mettra le lait à l'abri des putréfactions intestinales en contrariant le développement des bacilles protéolytiques; d'où un premier groupe d'aliments agissant par la présence d'acide lactique : babeurre, kéfir, lait bulgare.

D'autre part, ce qui est le moins assimilable, c'est la caséine. Si chimiquement ou physiquement nous diminuons la quantité de ce composant, nous aurons simplifié le lait et l'aurons rendu plus digestible : lait de Gartner, lait homogénéisé ; lait de Vigier, de Budin, de Backhaus.

La facilité de digestion sera augmentée de même si avant l'ingestion nous faisons agir sur le lait les diastases qui le transforment dans le tube digestif : caillé, pegnin-milk.

LAITS FERMENTÉS CONTENANT DE L'ACIDE LACTIQUE

1° *Babeurre*. — Employé depuis longtemps, paraît-il, le babeurre a été introduit en thérapeutique par deux médecins hollandais, de Jager et Texeirra de Mattos. Il a été étudié aussi par Baginski, Jacobson et longuement expérimenté de 1903 à 1906 ; aussi sa valeur est actuellement bien mise au point.

Le babeurre est le liquide qui reste après extraction du beurre par le barattage. On peut le préparer en laissant aigrir la crème ; en général pour la diététique on se sert du lait total frais ou légèrement fermenté.

Voici le mode de préparation le plus simple, indiqué par Jacobson (Arch. Méd. Enfants, 1903). Le lait

recueilli avec les plus grands soins de propreté est laissé pendant 24 heures à la température de 20°. Il commence ainsi à subir un commencement de fermentation ; on a soin pendant ce temps de déchirer à plusieurs reprises la couche de crème qui se forme à la surface et de la mélanger au lait. On le porte alors dans une baratte et l'on extrait le beurre.

Si l'on a à sa disposition une installation de laboratoire, on peut tout d'abord pasteuriser le lait, puis le centrifuger, enfin ensemencer le babeurre avec du bacille lactique pur.

On peut l'administrer cru comme le faisait de Jager ; il correspond alors à une culture vivante de bacilles lactiques. Il a une action sur la diarrhée mais n'est pas suffisamment nourrissant et avec son emploi le poids reste stationnaire.

La soupe de babeurre de Baginski est préparée en faisant cuire lentement et sur feu doux le babeurre auquel on ajoute 15 gr. de farine et 70 gr. de sucre. Pendant cette préparation il faut agiter constamment et Jacobson recommande de se servir d'un fouet à crème.

Le mode d'action de cet aliment est dû d'abord à ce qu'il est très facile à digérer par suite de sa faible teneur en beurre et de l'état de division où est réduite la caséine par le barattage. La farine qui entre dans la constitution de la soupe a des propriétés nutritives importantes et s'oppose comme tous les féculents aux fermentations intestinales. Enfin par la présence de bacilles lactiques (babeurre cru) et d'acide lactique il a une grosse valeur antiseptique pour les germes anormaux du tube digestif.

Il ne faut pas l'employer trop tôt, mais seulement lorsque les phénomènes inflammatoires sont calmes depuis

quelques jours et que d'autres aliments plus simples (bouillons de légumes) ont déjà été tolérés.

2° *Kéfir*. — Beaucoup moins employé en thérapeutique infantile, le kéfir est obtenu par la fermentation du lait à l'aide d'une bactérie, le Dispora Caucasina.

Dans le pays d'origine de cet aliment, le ferment est contenu dans les *grains de kéfir*. On trouve, en France dans le commerce une poudre formée par la pulvérisation de ces grains.

Le lait ensemencé est laissé à 20° d'abord à l'air libre, puis en vase clos ; on agite constamment et de temps en temps on déchire la couche épaisse qui tend à se former à la surface et on la mélange au lait.

Une fois préparé, le kéfir, tout d'abord d'un aspect blanc grisâtre, de consistance épaisse, se sépare bientôt en deux couches, l'une verdâtre en haut formée par du sérum, la caséine en bas.

Donné aux mêmes doses que le lait de vache, il agit par la division de la caséine, par l'acide lactique, par CO^2.

Il a surtout une action anti-émétique ; on l'emploie dans les cas d'intolérance pour le lait. C'est un aliment léger, facilement accepté par les enfants et très assimilable.

3° *Lait bulgare*. — Le lait bulgare ou yogourth a l'avantage sur les produits précédents d'être un produit toujours identique, la fermentation étant produite par un seul germe : le bacille bulgare.

Le lait tout d'abord stérilisé puis ensemencé est maintenu à une température rigoureusement constante de

45°. Le résultat est une masse molle, de consistance peu ferme.

Il agit surtout par la présence d'acide lactique et peut être employé pendant très longtemps dans le cas d'intolérance pour le lait.

LAITS TRANSFORMÉS DANS LEUR COMPOSITION

Le but des transformations qu'on fait subir au lait (lait de vache, le plus communément employé dans l'allaitement artificiel) est de le ramener à une composition à peu près identique à celle du lait de femme. On sait que celui-ci contient moins de caséine, plus de beurre et plus d'albumine, que le lait de vache. Différents procédés permettent d'obtenir un produit qui s'en rapproche soit par des moyens mécaniques, soit chimiquement.

1° Le *lait de Gartner* peu employé en France est obtenu en mettant le lait de vache dans une turbine pouvant exécuter 7.000 tours environ par minute.

A la partie inférieure se trouvent deux robinets permettant de faire des prises, l'un au centre de l'appareil, l'autre à la périphérie. Après un certain temps de fonctionnement, on ouvre le robinet du centre. Le lait qui s'écoule est riche en matières grasses, la centrifugation ayant ramassé les globules de graisse dans le centre ; il est par suite relativement pauvre en caséine.

2° Le *lait homogénéisé*, par la machine de Gaulin en particulier, a pour but, en fragmentant les globules graisseux, de prévenir la montée de la crème à la surface et d'empêcher ainsi l'appauvrissement du lait en beurre.

Il donne des résultats cliniques très satisfaisants (Variot et Chevalier). Indiqué surtout lorsque le nourrisson a besoin d'être nourri intensivement et qu'il digère mal les graisses ; on voit en effet, au bout de quelques jours de son emploi, le poids augmenter assez rapidement et la teneur en matières grasses des selles bien diminuée.

3° *Lait de Vigier.* — Vigier fut le premier en 1893 à indiquer une préparation de lait chimiquement tranformé. Le lait est divisé en deux parties ; l'une d'elles est laissée intacte, la seconde est laissée au repos jusqu'à ce que la crème soit montée à la surface ; on l'enlève alors et on l'ajoute à la première partie. La crême enlevée, on coagule la caséine avec de la présure, on l'extrait et on ajoute le sérum restant encore à la première partie. On a alors un composé contenant plus de crème que le lait de vache, plus d'albumine et beaucoup moins de caséine.

4° *Lait humanisé de Backhaus.* — Le lait préparé par Backhaus est celui qui donne actuellement les meilleurs résultats de tous les laits modifiés. Son principe consiste à coaguler le lait de vache par le ferment lab et la trypsine pancréatique, puis à ajouter une quantité déterminée de lactose et de beurre. La caséine y est d'abord très réduite, en second lieu solubilisée par l'action des ferments digestifs.

Les résultats cliniques sont excellents. Dans le cas de convalescence des troubles digestifs, en particulier, alors que le lait de vache ne peut être toléré, souvent le lait humanisé est facilement digéré. Il est, en somme, le produit artificiel qui se rapproche le plus du lait de femme.

Nous n'avons pas insisté sur la préparation de ces

divers laits transformés, parce qu'il est très difficile sinon impossible de les préparer en pratique. Il faut pour cela une technique de laboratoire. Diverses marques sont dans le commerce ; on comprend tout le soin qu'il faudra mettre à les choisir. Les préparations les plus complexes ont été réalisés, en Amérique sous l'impulsion de Morgan Rotch ; on prépare dans les laboratoires des laits correspondant à l'âge, à l'état général de l'enfant ; les divers composants sont conservés séparés, de telle sorte que le médecin peut formuler littéralement un lait contenant telles proportions d'entre eux qu'il voudra.

LAITS CAILLÉS. — RÉGIME SEC

Le lait bulgare dont nous avons parlé déjà est un lait caillé ; si nous ne l'avons pas placé ici, c'est que ses avantages sont dus principalement à sa teneur en acide lactique.

1° *Le lait à la pegnine* (pegnin milk) préconisé en particulier par Comby, en France, est un lait préalablement caillé par l'addition de pegnine, ferment lab que l'on trouve facilement dans le commerce. On peut aussi faire absorber la pegnine avec les premières cuillerées de lait, puis donner le restant. Ainsi administré, le lait à la pegnine a une action nettement anti-émétique ; il est plus facilement digéré.

2° *Le régime sec.* — Le lait caillé est donné aussi sous forme de fromage frais dans le régime sec préconisé par Gallois.

Gallois pense que le lait dans la gastro-entérite est nuisible non par sa composition mais par son volume. Ce qu'il faut donc donner à l'enfant, ce sont les éléments du lait qui est le meilleur aliment de son âge, mais sous un volume moindre. Il fait prendre une cuillerée à café de fromage petit suisse que l'on bat avec une cuillerée à soupe de lait, de façon à faire une crème à laquelle on ajoute un peu de sucre. Ce mélange représente à peu près trois fois son volume de lait.

Appliqué dans des cas de gastro-entérites, lors des phénomènes aigus, il a été toléré par des enfants de un mois et même quinze jours.

Dans ces conditions, Gallois alterne les repas de fromage et les tetées ; quand l'état s'améliore, il fait diminuer progressivement les repas de fromage et revenir à l'allaitement qui dans ces conditions peut être repris sans accidents.

Chez les enfants sevrés Gallois, établit un régime un peu différent ; il donne en général :

A 8 heures, une bouillie avec 150 gr. de lait.

A 10 heures, deux petits gâteaux secs.

A midi, un œuf, un peu de fromage et de confiture, une timbale d'eau ou de lait de 60 à 100 gr.

A 4 heures, deux petits gâteaux secs.

A 7 heures, une bouillie et un peu de crème ou de confiture, une timbale d'eau ou de lait.

De nombreuses observations (thèse de Ort) confirment la valeur de ce mode de traitement.

LAITS CRUS

La stérilisation du lait enlève à ce corps de nombreux ferments, adjuvants des diastases du tube digestif ; certains auteurs ont voulu revenir à l'emploi de ces laits plus assimilables que le lait stérilisé.

1° Le *lait de vache cru* doit être recueilli dans des conditions de propreté, d'asepsie pourrait-on dire, minutieuses ; on doit s'assurer par une tuberculinisation préventive de la vache qu'il ne contiendra pas de bacilles de Koch ; enfin les manipulations entre la traite et le moment de la consommation devront être réduits au minimum. Dans ces conditions et employé en dehors des périodes chaudes, il pourrait, en certain cas, donner des « résultats surprenants » (Méry et Guillemot, 1906).

2° Le *lait de chèvre* qui, si l'on donne une nourriture sélectionnée, peut arriver à se rapprocher du lait de femme, a aussi donné quelquefois de bons résultats.

3° Le *lait d'ânesse* enfin, très facilement digestible et assimilable, est le plus employé dans la convalescence des gastro-entérites. Malheureusement il est peu nutritif ; de plus son prix élevé, la difficulté qu'on a à se le procurer, restreignent son emploi.

CHAPITRE IV

EMPLOI DE CES DIVERS ALIMENTS SUIVANT LES INDICATIONS

Si nous nous reportons aux conditions dans lesquelles nous nous sommes placé au début de notre travail, nous voyons que nous avons un certain nombre de cas à envisager dans la reprise de l'alimentation à la fin des gastro-entérites.

Au point de vue de la maladie elle-même, nous pourrons avoir une gastro-entérite aiguë qui est un accident, pourrait-on dire, dans le cours d'une santé normale et qui, si elle guérit, pourra guérir complètement et en peu de jours, ou, au contraire, une poussée aiguë de gastro-entérite chronique; celle-ci correspond à une lésion déjà ancienne et, lorsque les phénomènes graves actuels seront passés, nous devrons, pour prévenir leur retour, guérir cette lésion antérieure. Le régime sera

alors à surveiller pendant très longtemps et souvent nous serons obligés de le varier.

En ce qui concerne notre malade lui-même, l'enfant pourra être un nourrisson et le retour à l'alimentation normale devra avoir pour but la reprise du lait, ou bien un enfant sevré et nous devrons arriver à un régime végétal ou mixte.

1. — Chez le nourrisson atteint d'une affection aiguë la réalimentation sera relativement facile. Dès les phénomènes graves suffisamment calmés par la diète hydrique, il sera indiqué de donner les décoctions végétales. Nous aurons à choisir entre les formules de de Méry, de Comby ou de Variot ; nous pourrons aussi les combiner, donner les premières tout d'abord, celle de Variot correspondant à un produit plus nutritif ensuite. Au bout de quelques jours pendant lesquels les bouillons auront été administrés tels que, nous ajouterons de la farine pour faire des bouillies. Le moyen de passage entre ces bouillies et le lait sera réalisé en alternant les tetées de bouillies et celles de lait ainsi que nous l'avons dit. Nous réussirons très facilement si nous pouvons réaliser l'allaitement au sein ; dans les nombreux cas où cela nous sera impossibte nous pourrons nous trouver bien de l'emploi du lait d'ânesse, du lait humanisé, quelquefois du lait cru.

Si nous avons échoué, il conviendra de continuer le régime des féculents sous forme de bouillies maltosées d'après la formule de Terrien ou avec la variante que nous avons indiquée. Après quelques jours une tentative d'alimentation sera faite toujours en alternant la bouillie diastasée et le lait.

Nous avons vu que Gallois prescrivait, même sans

passer par l'étape de la diète hydrique, un régime sec ; quoique ce procédé s'éloigne des idées classiques, on pourra l'essayer.

II. — Chez le nourrisson qui a une gastro-entérite chronique, nous procèderons de même après une phase aiguë : bouillon de légumes et essai d'alimentation lactée. Dans ces cas-là, les rechutes seront presque la règle et très souvent le lait ne sera pas toléré. Il ne sera pas nécessaire de remettre l'enfant à l'eau bouillie chaque fois que la diarrhée réapparaîtra, que la température s'élèvera à nouveau ; il vaudra mieux reprendre d'emblée le bouillon de légumes qui a l'avantage de contenir de nombreux principes nutritifs.

Le babeurre donnera d'excellents résultats à la condition d'attendre que la phase aiguë soit bien passée ; en y ajoutant des farines (soupes de babeurre) on arrive à avoir un aliment très nutritif, pouvant par suite être continué pendant très longtemps et ne s'écartant pas trop de la composition du lait. Si les vomissements prédominaient nous donnerions la préférence au kéfir qui a des propriétés anti-émétiques et est un aliment léger. Son inconvénient est sa faible teneur en principes nutritifs, inconvénient grave chez ces enfants que leur maladie a rendu anémo-cachectiques, débilités, aussi nous ne la continuerons pas longtemps.

Comme terme de passage pour arriver au lait ordinaire nous aurons les divers laits modifiés : humanisés et homogénéisés encore.

III. — Chez l'enfant sevré atteint de gastro-entérite aiguë, après avoir prescrit le bouillon de légumes, puis les bouillies diastasées, on arrivera peu à peu à donner

des féculents de plus en plus complexes. Nous les avons cités plus haut : semoules, tapioca, purées, pâtes alimentaires sans œufs, etc... En somme ici le gros écueil que nous avions chez le nourrisson, l'intolérance pour le lait, n'existe plus. On peut les donner très graduellement en les préparant au début au moyen du bouillon de légumes qui a d'ailleurs l'avantage de leur donner de la saveur.

Ce n'est que plus tard et si l'âge de l'enfant le permet qu'on pourra adjoindre prudemment des œufs, des cervelles, du jus de viande.

IV. — Les enfants ayant des gastro-entérites chroniques, enfin, seront toujours justiciables après une poussée aiguë des mêmes régimes : bouillons de légumes, bouillies diastasées. Mais ici notre tâche sera particulièrement ingrate. Chez ces enfants le tube digestif est absolument délabré, avec lésions anatomiques profondes ; la digestion sera chez eux très difficile et l'assimilation se fera très mal. D'autre part nous aurons à compter avec l'état général particulièrement atteint : c'est chez eux que nous trouverons les gros ventres, les lésions rachitiques. Nous devrons ici donner pendant très longtemps des féculents très simples : bouillies et purées ; les préparations lactiques, babeurre, kéfir, yogourth pourront nos rendre de grands services. Enfin dans les cas de diarrhée chronique, la viande crue, le suc musculaire peuvent amener de véritables résurrections.

Enfin, dans ces cas surtout, nous pourrons recourir aux médicaments : eupeptiques : pepsine, suc gastrique animal ; anti-émétiques : citrate de soude ; tannigène, bismuth, gélatine contre la diarrhée.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question des indications ; les quelques règles que nous venons de donner n'ont d'ailleurs rien d'absolu et souvent il faudra les varier. Ce que nous avons voulu mettre en lumière, c'est que si la reprise de l'alimentation à la fin des gastro-entérites est difficile ; si les échecs sont fréquents, les moyens que nous avons actuellement à notre disposition pour les prévenir sont nombreux. Il ne faudra donc jamais se décourager avant d'en avoir essayé toute la gamme, tel moyen pouvant échouer en certains cas et réussir pleinement d'autres fois.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 janvier 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 janvier 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Boichut. — Thèse Paris, 1907.

Combe.—L'auto-intoxication intestinale (Arch. méd. Enfants, 1903, et Paris, 1907).

Comby.— Traité de médecine des enfants. Les décoctions végétales dans l'alimentation infantile (Arch. méd. Enfants, 1906).

— La pegnine chez les enfants (Arch. méd. Enfants, 1907).

Demarque. — Thèse Paris, 1904.

Gallois, Abrami, Blairon. — Société de thérapeutique, 1905.

Hutinel et Thiercelin. — Nouveau traité de médecine.

Kahan. — Thèse de Paris, 1906.

Keller. — La soupe de malt dans la pratique infantile (Arch. de médecine et de chirurgie infantiles, 1901).

Jacobson. — Le babeurre dans l'alimentation du nourrisson sain et dyspeptique (Arch. méd. Enfants, 1903).

Lesage. — Maladies du nourrisson, 1910.

— Gastro-entérite du nourrisson (monographies cliniques, collection Masson).

Marfan. — Traité de l'allaitement.

Méry. — Société de pédiatrie, 1903.

Ort. — Thèse Paris, 1906.

Péhu. — Alimentation des enfants malades, 1908.

Terrien.— Le maltosage des bouillies (Arch. méd. Enfants, 1906).

Triboulet. — Société de pédiatrie, Soc. de biologie, Soc. méd. des hôp., 1909-1910-1911, Journ. de diététique, oct. 1911.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!